

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N° 39

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MEDECINE)

par

Eugène KLEIN

Né le 11 Décembre 1898, à Silelmed (Roumanie)

**CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DE L'ENDOCERVICITE CHRONIQUE**

PAR LA

PATE ESCHAROTIQUE DE FILHOS

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

18

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Eugène KLEIN

Né le 11 Décembre 1898, à Silelmed (Roumanie)

**CONTRIBUTION AU TRAITEMENT
DE L'ENDOCERVICITE CHRONIQUE**

PAR LA

PATE ESCHAROTIQUE DE FILHOS

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIÈRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHÉRY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
	MARFAN
	NOBÉCOURT
	H. CLAUDE
Hygiène et clinique de la première enfance	JEANSELME
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	TEISSIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	DELBET
Clinique des maladies du système nerveux	HARTMANN
Clinique des maladies infectieuses	LEJARS
Clinique chirurgicale	GOSSET
	TERRIEN
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique urologique	COUVLLAIRE
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	JEANNIN
	J.-L. FAURE
Clinique gynécologique	OMBREDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUÉZ
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT
Clinique propédeutique	BRANCA.
Professeur sans chaire	L. BERNARD.
Clinique de la tuberculose	

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
ASRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIJET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESQAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
REITERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVI	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCEE

A LA MEMOIRE DE MON PERE.

A LA MEMOIRE DE MES DEUX FRERES

IGNACE ET DIDIER ET DE MA SŒUR MATHILDE

Dont je conserve pieusement le souvenir

A MA MERE

A MES FRERES ET BELLES-SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES :

H. GANC, BERNSTEIN, L. KATZ.

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR J. L. FAURE

Chirurgien de l'Hôpital Broca
Professeur de Clinique Gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage de notre vive reconnaissance
pour le très grand honneur qu'il nous a fait
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A M. LE DOCTEUR DOUAY

Chef des Travaux Gynécologiques de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
En profond remerciement de sa bienveillance
avec laquelle il nous a guidé et de ses con-
seils précieux qu'il nous a donné pour rédiger ce travail.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*)

Professeur de la Clinique Médicale de l'Hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Institut

M. le Professeur agrégé AGLAVE

M. le Professeur GUILLAIN

Professeur de la Clinique Neurologique à la Salpêtrière

M. le Professeur JEANSELME

Professeur de la Clinique Dermatologique
à l'Hôpital Saint-Louis

M. le Professeur MARFAN

Professeur de la Clinique Médicale Infantile
aux Enfants-Assistés

M. le Professeur Agrégé LEVY-SOLAL

Accoucheur des Hôpitaux à l'Hôpital Saint-Antoine

M. le Professeur TERRIEN

Professeur de la Clinique Ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu

M. le Docteur MILHIT

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur SEBILEAU

Professeur de la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à l'Hôpital Lariboisière

Monsieur le Professeur TEISSIER

Professeur de la Clinique des Maladies Infectieuses

A MM. LES DOCTEURS :

BLUM

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LINDEGGER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

A MES AMIS :

GLUCK-COLOMAN

Interne à l'hospice de Brevannes.

KIAKIDIS

Interne à l'hôpital de Brest.

INTRODUCTION

La question du traitement de la métrite cervicale chronique est très importante dans la pratique courante, étant donné que cette maladie peut être considérée comme la plus fréquente parmi les affections gynécologiques.

La maladie était connue du temps d'Hippocrate, qui disait avec juste raison : « L'utérus est le point de départ de mille maux ».

Si on connaît aujourd'hui l'étiologie, les symptômes cliniques, l'anatomie pathologique de l'endométrite cervicale, on en connaît moins bien la thérapeutique médicale.

Nous avons eu l'occasion de voir des malades à la consultation de l'hôpital Broca, dans le service de M. le Professeur J.-L. Faure, qui ont été traitées ailleurs par différentes méthodes pendant des mois, même des années sans aucun résultat. C'est la preuve que le traitement de l'endométrite cervicale est encore mal connu et que cette maladie — en apparence banale — inquiète beaucoup de femmes, créant à la fois des difficultés familiales et même sociales.

Nombreux sont les cas où la femme, malgré son

vif désir, ne peut pas avoir des enfants à cause des pertes blanches, qui forment un obstacle mécanique à la pénétration des spermatozoïdes à travers l'orifice du col.

De plus, fait qui n'est point négligeable, les pertes ont une influence considérable sur le psychisme des femmes en pleine activité génitale. Certaines femmes sont obsédées par l'existence tenace des pertes et des douleurs continues et deviennent des véritables psychopathes.

Il est donc très important d'étudier la question et d'instituer un traitement énergique et efficace pour éviter ces complications de l'endométrite cervicale.

Les femmes atteintes d'une inflammation chronique du col de l'utérus acceptent plus volontiers un traitement médical qu'une opération chirurgicale. M. Douay, qui dans certains cas recourt à l'amputation du col selon le procédé de Sturmdorf modifié par lui, reconnaît que l'intervention chirurgicale doit être le dernier traitement de l'endocervicite chronique et qu'il ne faut pratiquer que si les traitements médicaux ont été employés sans succès, car « une opération faite au fond du vagin est délicate, nécessitant de la part du chirurgien beaucoup de patience et d'habileté » (Douay).

Il faut encore ajouter à cet inconvénient qu'une femme qui a subi l'amputation du col est prédisposée à l'avortement.

Nous avons constaté que, dans le service du Professeur J.-L. Faure, l'amputation du col pour endo-

cervicite est devenue plus rare. Ce n'est pas que l'endocervicite soit devenue moins fréquente que les années précédentes, c'est tout simplement parce que la majorité sont guéries par cette excellente méthode de la cautérisation à la pâte escharotique de Filhos.

Cette méthode thérapeutique fera l'objet de cette thèse. Nous devons la préparation de cette pâte à M. Colas, ancien interne en pharmacie à l'hôpital Broca.

Voilà en quelques lignes les idées que nous allons essayer de développer dans notre modeste travail. Nous tâcherons d'en tirer quelques conclusions pratiques.

HISTORIQUE

Le traitement de la métrite endocervicale chronique par cautérisation est connu depuis longtemps. On a employé à ce but des différents caustiques, comme la pâte de Vienne, l'acide azotique fumant (Leblanc), le formol à 40 o/o (Gerstemberg), chlorure de zinc, etc.

L'emploi de ces caustiques « diffusibles » ont exposé les malades aux différents accidents, comme escharre profond du vagin et même perforation. Annussat fut le premier à employer le Filhos. Depuis, l'emploi du Filhos a acquis dans la gynécologie une vogue de premier ordre. Richelot, J.-L. Faure, Siredey, Hartmann, Forgeue ont publié de très bons résultats sur le traitement de l'endométrite cervicale par le Filhos.

Guillemin (1), dans sa thèse, résume 300 observations. Nous n'insistons pas sur l'historique des caustiques ; celle-ci a été parfaitement exposée dans le travail de Mlle Cordier (2), faite en 1925 dans le service du Professeur J.-L. Faure.

(1) Guillemin André : Traitement des métrites cervicales par cautérisation au caustique de Filhos. Thèse de Paris 1920.

(2) Mlle Suzanne Cordier : Contribution à l'étude du traitement de la métrite cervicale inflammatoire chronique par le caustique de Filhos. Thèse de Paris 1925.

La tendance actuelle est à remplacer les cautérisations chimiques par la cautérisation produite par les agents physiques, comme l'électricité et le froid.

L'électro-coagulation a l'avantage de produire une cautérisation profonde et de laisser une cicatrice souple. Ce sont là de grands avantages dans le traitement des métrites du col. Les publications très enthousiastes ont paru dans ces dernières années.

Des essais ont été faits à l'hôpital Broca parallèlement avec les applications du Filhos. Les recherches ont été étudiées en utilisant l'électrode unipolaire, ou l'électrode bipolaire. Dans le premier cas, le courant de haute fréquence est envoyé par une électrode en forme d'aiguille sur les surfaces à cautériser. Il est repris par une large électrode — plaque de cuivre — abdominale et ventrale, le spéculum en bois empêche d'avoir les contacts électriques au niveau du vagin.

Malheureusement, l'effet de l'électro-coagulation n'est pas uniformément réparti sur les surfaces du col. Le courant a toujours une tendance à suivre une même direction, produisant dans ces points une escharification trop profonde, alors que d'autres endroits sont à peine touchés. En somme, l'électro-coagulation unipolaire donne une application inégale et irrégulière, malgré les précautions prises pour éviter ces ennuis.

Dans l'application bipolaire on se sert d'une électrode à deux pointes ; le courant passant entre les deux pointes provoque une électro-coagulation bien limitée. En répétant suffisamment ces électro-coagu-

lations partielles, on peut arriver à détruire assez régulièrement une grande surface du col, surtout dans sa portion accessible ou vaginale.

Malheureusement, l'application avec cet électrode faite à l'intérieur du col est beaucoup plus délicate. Les étincelles ont une tendance à se produire à l'entrée du canal cervical, faisant à ce niveau une électrocoagulation trop violente, tandis que la partie profonde du canal cervical n'est pas touchée par l'électricité. Pour arriver à faire correctement cette électrocoagulation bipolaire, il faut avoir un col largement dilaté, comme cela se produit quelquefois dans la métrite cervicale chez les multipares. On peut encore, par l'application préalable de laminaires, obtenir ces larges dilatations. Toutefois, l'avis de M. Douay, qui a fait ces recherches, est que l'électrocoagulation intracervicale est une méthode infiniment plus délicate que l'application du Filhos.

Un autre moyen physique qui a été préconisé dans ces dernières années, c'est le froid, en utilisant dans ce but la neige carbonique (1).

Le froid dans la métrite endocervicale agit en produisant une brûlure très superficielle de la muqueuse ; cette brûlure est limitée à l'endroit où la sonde du cryocautère est en contact avec la muqueuse. En plus, il se produit une vaso-dilatation paralytique des vaisseaux et par conséquent une hyperleucocytose, mais le froid ne possède pas une action antiseptique.

(1) Docteur Y. Danidian : La cryothérapie dans les métrites
Thèse de Paris 1925.

C'est ainsi que les microbes, qui pullulent dans la cavité cervicale, résiste à l'action du froid. La muqueuse du col de l'utérus n'est point détruite, il n'y a pas de formation d'eschare à cause de la présence des mucosités et d'autres sécrétions dans la cavité cervicale, qui absorbe une quantité de froid et en même temps relève la température du cryocautère. Il résulte que si le froid agit superficiellement, il ne peut avoir aucune action sur les lésions qui existent dans la profondeur de la muqueuse. L'anatomie pathologique, dont nous allons parler ailleurs, montre en effet que dans la métrite endocervicale chronique les lésions envahissent les couches profondes aussi. Si les résultats obtenus par la neige carbonique donnent une amélioration immédiate, ceux-ci ne peuvent pas être durables pour des raisons dites plus haut.

Une autre méthode, la chimiothérapie, a été étudiée aux Etats-Unis avec le mercurochrome et a été préconisée en France avec mercuroérythrosine en instillation intra utérine (1).

C'est un puissant bactéricide, non caustique pour les cellules vivantes. Mais il ne peut agir que sur l'élément microbien de l'endocervicite, n'ayant aucun effet sur l'hypersécrétion glaireuse.

Ces instillations sont d'autant plus dangereuses, si l'on a affaire, selon l'expression de M. Douay, à un utérus « intolérant », qui chasse brusquement la moindre quantité de liquide instillé dans la cavité

(1) Lavalle. Traitement local des métrites par le mercuroérythrosine.

utérine par les trompes dans le péritoine. En plus, une sonde métallique introduite dans l'utérus provoque des contractions douloureuses.

Muffat (1), dans son travail, conseille le traitement par les sels de terres rares (Thorium et Néodyme), dont les propriétés seraient antiseptiques, astringentes, antivirulénets et kératoplastiques. Ces sels de terres rares ont été préparés sous forme d'ovules et crayons à base de glycérine.

Des essais ont été faits à l'hôpital Broca, dans le service du Professeur J.-L. Faure, par l'emploi des corps radioactifs sous forme de crayons (2). Les corps radioactifs sont associés à un antiseptique faible, et agissent par leurs propriétés d'émanation des rayons non filtrés. Ils produisent une destruction superficielle de la muqueuse, c'est un curetage actinique de la muqueuse utérine. Les résultats observés à l'hôpital Broca et publiés dans la thèse de Friedmann ont été bons dans le traitement des métrites du corps, mais sans effet apparent sur les lésions endocervicales.

Toutes les méthodes énumérées précédemment ont été étudiées à l'hôpital Broca avec un certain succès, puis elles ont été abandonnées. Le seul traitement qui ait résisté à l'épreuve du temps et utilisé chaque jour est la cautérisation au Filhos.

(1) Muffat : Traitement des métrites par les sels de terres rares. (Thorium et Néodyme). Thèse de Paris 1927.

(2) Friedmann : Contribution à l'étude de la médication radioactive des métrites. Thèse de Paris 1927.

Tout récemment, MM. Basset et Poincloux (1), dans un article fort intéressant, parlaient de traitement par vaccination faite en injection intra et sous-muqueuse.

Cette méthode consiste en un prélèvement préalable des glaires de l'intérieur du col pour séparation et identification des germes pathogènes sur leurs milieux respectifs. Après séparation et identification des microbes, on fait une émulsion de chaque espèce diluée dans l'eau physiologique, puis on les atténue par la chaleur au degré suffisant pour les empêcher de pousser sur les milieux ordinaires.

Ces émulsions réunies constituent l'auto-vaccin. Au moment de l'emploi de l'auto-vaccin on additionne ou non, suivant les cas, du stock vaccin antigonococcique. A chaque séance, il faut faire de ce vaccin une piqure à 6, 8 ou 10 points différents.

Les résultats publiés par les auteurs sont les suivants. Sur 29 femmes traitées par injections d'auto-vaccins dans le col, enrichi ou non de stock vaccin antigonococcique, 19 ont été complètement guéries et 8 beaucoup améliorées. Les auteurs font remarquer que quelques minutes après l'injection, une forte réaction fébrile se produit. La température peut s'élever jusqu'à 40°, accompagnée de nausées et de vomissements.

(1) Basset et Paul Poincloux : Traitement des métrites par injections intra et sous-muqueuses de vaccins. Gynécologie et Obstétrique, oct. 1928.

Les recherches analogues ont été faites dans le service de M. J.-L. Faure par M. Louvel.

L'impression donnée par ces méthodes est favorable, à la condition qu'on se contente d'agir sur la lésion microbienne et non sur les lésions anatomiques. On comprend aisément que la vaccination agisse sur la métrite aiguë ou suraiguë et soit sans résultat sur la métrite chronique, qui est pour ainsi dire aseptique.

ENDOMETRITES CERVICALES

Nous allons répartir notre étude sur l'endocervicite dans les chapitres suivants :

Anatomie du canal cervical ;

Etiologie de l'endométrite cervicale ;

Anatomie pathologique ;

Symptomatologie ;

Diagnostic ;

Traitement et technique de la cautérisation ;

Contre indications ;

Observations.

ANATOMIE DU CANAL CERVICAL

Au point de vue pathologique, le col se divise en deux parties :

1° Partie externe ou vaginale, facilement accessible au fond du vagin ;

2° Partie interne ou canal cervical, difficilement accessible à la thérapeutique.

Dans la métrite aiguë ou subaiguë, c'est d'abord la portion vaginale qui est malade, puis l'orifice ex-

terne, l'infection remontant peu à peu dans l'intérieur du canal.

Dans la métrite chronique, la portion vaginale est habituellement guérie, seul le canal cervical continue son processus pathologique.

L'anatomie du canal cervical est importante à connaître pour comprendre l'action du traitement par la cautérisation à la pâte escharotique du Filhos.

Cette étude est facilitée par l'examen radiographique après injection intra-utérine de lipiodol.

Quand on injecte du lipiodol dans l'orifice externe du col, le lipiodol traverse rapidement le canal cervical sans le distendre et remplit la cavité utérine. Cette expérience nous montre qu'une injection d'un liquide dans le col passe directement dans l'utérus et n'a pas d'action sur les parois du col, aussi une injection du vaccin ou liquide antiseptique faite avec une seringue dans le col passe dans l'utérus. Pour distendre le col, il faut que l'utérus soit rempli ; alors seulement le col se distend.

Le lipiodol donne une image très intéressante de la cavité cervicale. Celle-ci est très irrégulière avec des sillons latéraux très profonds. Ces sillons, qui existent à l'état normal, forment ce qu'on appelle l'arbre de vie. Ces sillons prennent dans le cas de métrite cervicale un développement encore plus accentué. On comprend donc facilement, en voyant ces images si irrégulières, la difficulté qu'il y a de faire une application uniforme sur toute la surface de la muqueuse.

Si, par exemple, on introduit dans le col un gros crayon, comme celui du Néo-Filhos, le contact sera effectif avec le sommet des replis de la muqueuse, mais n'existera pas avec le fond des sillons. Pour obtenir le contact, il faut faire pénétrer dans le canal



Métrite catarrhale du col.

L'injection de lipiodol montre que la cavité cervicale est agrandie, irrégulière, avec des dépressions profondes. On comprend la difficulté qu'il y a dans ce cas, pour faire une cautérisation complète et homogène.

cervical un instrument moins volumineux, comme un hystéromètre légèrement recourbé, dont l'extrémité dirigée en différentes directions pourra toucher successivement le fond de ces différents replis.

C'est ce moyen que le docteur Douay nous a montré en utilisant l'hystéromètre garni d'un peu d'ouate imbibé de mélange de Filhos. Dans ces conditions, la

pâte de Filhos est portée également sur toute la surface de la muqueuse et jusqu'au fond des replis.

L'histologie nous apprend que les lésions se portent sur les glandes du canal cervical et ces lésions s'étendent jusqu'au fond du canal cervical et jusqu'à l'orifice interne. Pour obtenir une guérison par le caustique, il faut détruire la muqueuse avec ses glandes malades. Le Filhos réalise cette destruction, mais pour que cette cautérisation soit efficace, il est nécessaire qu'elle soit étendue à la totalité des surfaces malades, c'est-à-dire étendue dans tous les replis du canal cervical et jusqu'à l'orifice interne. Toutefois, il ne faut pas que cette application soit nocive ; elle le deviendrait si cette destruction atteignait en épaisseur toute la muqueuse jusqu'à la couche musculaire. Dans ce cas, la cicatrisation ne pourrait pas se faire par la régénérescence de la muqueuse, mais par la formation d'un tissu cicatriciel rétractile. Il faut donc se méfier des cautérisations trop énergiques et procéder par applications successives et suffisamment espacées pour juger entre chaque cautérisation de l'effet produit.

Le danger des cautérisations au Filhos est certainement la sténose consécutive. Dans certains cas publiés, la sténose a été totale et la cautérisation faite a été telle que toute la cavité cervicale était oblitérée dans sa totalité. Pour obtenir un résultat semblable, il faut une cautérisation particulièrement maladroite, comme celle produite par un fragment de crayon détaché et abandonné dans la cavité cervicale. C'est là un accident toujours possible. Quand on utilise un

crayon aminci par plusieurs usages, l'extrémité devient très friable et un fragment plus ou moins volumineux peut se détacher à notre insu. Dans ce cas, l'escharification peut être totale, produisant de graves accidents, qui ont discrédité dans l'esprit de beaucoup la valeur de cette méthode. C'est surtout pour nous éviter cet accident que le Docteur Douay, dans son enseignement, recommande de n'employer que des tampons imbibés de caustique.

Dans d'autres cas de sténose beaucoup moins grave, le rétrécissement se produit au niveau de l'orifice externe ; c'est l'endroit de prédilection pour la sténose. En effet, l'orifice externe est l'endroit anatomiquement le plus étroit. Quand on fait une cautérisation intracervicale avec le crayon, celui-ci pénètre à frottement au niveau de l'orifice externe ; au contraire, il est beaucoup moins serré dans la cavité cervicale, de telle sorte que l'action est au maximum au niveau de l'orifice externe.

Si on fait pénétrer plusieurs fois de suite le crayon dans le col, c'est encore l'orifice externe qui est le plus touché, car il reçoit le caustique pendant toute la pénétration du crayon et aussi tout le temps de son extraction, tandis que le fond du canal n'est touché qu'un temps très court par l'extrémité du crayon.

Il est facile de se rendre compte ainsi que l'orifice externe reçoit une action infiniment plus forte que le reste du canal cervical.

Si, au contraire, on utilise un coton monté sur hystéromètre, on peut facilement faire pénétrer le

caustique avec rapidité sur l'orifice externe et le maintenir en contact prolongé dans la cavité cervicale jusqu'à l'orifice interne.

Il faut donc bien comprendre dans ces manipulations que la difficulté est d'éviter l'orifice externe, qui malgré toutes les précautions sera toujours plus cautérisé qu'il ne devrait l'être.

ÉTIOLOGIE DES MÉTRITES CERVICALES

Dans les métrites cervicales il faut évoquer deux grandes causes :

- 1° La blennorrhagie, cause plus fréquente ;
- 2° Puerpéralité, cause plus rare.

Les métrites blennorrhagiques sont dues au gonocoque de Neisser. Elles existent sous trois formes : aiguë, subaiguë et chronique. Les formes aiguës et subaiguës ne faisant pas partie de notre travail, nous les passerons en revue rapidement.

Forme aiguë. — Elle s'observe surtout à la suite des premiers rapports sexuels. Il est très probable que le traumatisme, causé par la défloration, exagère la virulence du gonocoque.

Les réactions de cette forme, malaise, courbature, température, douleurs lombaires et hypogastriques, nausées sont tellement violentes que l'examen, aussi bien au toucher qu'au spéculum, ne paraît possible que plusieurs jours après le début, lors de l'atténuation de ces symptômes. Au toucher, l'utérus et

les culs de sac sont douloureux, ces derniers sont oedématisés. Au spéculum, le museau de tanche est tuméfié, rouge. La muqueuse est également tuméfiée ; elle forme un anneau autour de l'orifice au travers duquel on voit sourdre du pus épais, de couleur jaune-verdâtre, qui renferme de nombreux gonocoques.

La forme aiguë gagne le plus souvent les annexes (trompes, ovaires, péritoine pelvien), donnant naissance d'après la localisation aux symptômes d'une salpingo-ovarite, ou pelvi-péritonite.

Forme subaiguë. — Elle est plus fréquente que la précédente. Les symptômes sont les mêmes, mais atténués. Les pertes blanches ont aussi tendance à diminuer, même à disparaître. Les gonocoques deviennent plus rares, par contre on voit des strepto-bacilles et de gros filaments qui prouvent une amélioration. Il ne faut pas croire cependant que les gonocoques sont disparus d'une façon définitive ; ils peuvent réapparaître au moment des règles. Cette constatation est tout à fait d'accord avec les observations cliniques, d'après lesquelles la contagion blennorrhagique coïncide le plus souvent avec la période cataméniale.

Forme chronique. — C'est la forme la plus fréquente et en même temps la plus rebelle des infections génitales. Elle résulte d'une inoculation directe sur le col de l'utérus de l'écoulement chronique de l'homme. Elle peut être consécutive à une vulvo-vaginite blennorrhagique des jeunes filles ou peut succéder à une métrite aiguë ou subaiguë. Tandis que la

forme aiguë s'accompagne des phénomènes généraux, la forme chronique évolue insidieusement, lentement, à l'insu des malades. Les réactions locales sont insignifiantes. Les femmes ne souffrent pas, elles signalent seulement quelques pertes jaune-grisâtre peu abondantes. C'est après un interrogatoire minutieux qu'on sera renseigné que les pertes datent de très longtemps, résistent aux traitements habituels, que le diagnostic s'impose. Très rarement l'antécédent blennorrhagique du mari facilite le diagnostic.

Les métrites puerpérales. — L'infection puerpérale n'est pas très fréquente depuis la découverte de l'asepsie rigoureuse. On l'observe cependant sous forme de métrites qui peuvent prendre une allure aiguë ou chronique.

Dans la forme aiguë, elles surviennent dans les premiers jours après l'accouchement, à la suite de la rétention des débris placentaires ou membraneux ou par l'arrêt de l'involution de l'utérus, qui est béant et donne passage aux germes pathogènes. Ce sont des streptocoques, staphylocoque et anaérobies, qui deviennent virulents sur le terrain qui leur est offert par la plaie placentaire et la muqueuse utérine traumatisée.

L'infection se traduit par de la température, malaise général, fétidité des lochies, douleurs utérines. En enlevant les débris, tout rentre dans l'ordre.

Métrite puerpérale chronique. — Quelquefois elle succède à la forme précédente, mais le plus sou-

vent elle est consécutive à une infection tardive, survenant quelques semaines ou quelques mois après l'accouchement ou fausse couche, quand la muqueuse a conquis sa forme normale, mais l'involution de l'utérus est restée incomplète. La femme accuse une lassitude générale, fatigue; elle présente des douleurs lombaires, les règles sont prolongées. Après les règles, il y a des pertes muco-sanguinolentes. A ce moment nous avons une métrite dite totale, car l'utérus entier prend part à l'inflammation. Bientôt l'infection du corps s'atténue, mais celle du col persiste. C'est pourquoi Richelot disait : « La métrite chronique est une métrite cervicale. » (1).

LÉSIONS DES MÉTRITES CERVICALES

Le siège initial de l'infection est la muqueuse de l'utérus, la couche musculo-conjonctive ne s'altère qu'ultérieurement.

La muqueuse est quatre ou cinq fois plus épaisse qu'à l'état normal.

A l'état normal, la muqueuse est lisse, blanchâtre, tandis que dans la métrite cervicale elle est tuméfiée, boursouflée, d'une couleur rouge livide. Les glandes de la muqueuse ont subi une altération. Elles sont augmentées en nombre (hyperplasie) et de volume (hypertrophie). Elles sont allongées, sinueuses, en forme de tire-bouchon et pénètrent dans la couche fibro-musculaire, sécrétant un mucus épais, visqueux,

(1) G. Richelot : Chirurgie de l'utérus. Paris 1902.

trouble. Par la prolifération interstitielle, elles sont comprimées et présentent des renflements, des dilata-tions kystiques, qui se traduisent sur la surface ex-terne du col par des bosselures.

Parfois l'allongement des glandes est si marqué qu'elle traverse toute l'épaisseur de la paroi cervicale de dedans en dehors, d'une telle manière que les dilata-tions ampoullaires ne sont plus recouvertes que par l'épithélium pavimenteux stratifié du col.

Ceux-ci sont visibles par le spéculum à l'œil nu sous forme de petits kystes, dont le volume est va-riable depuis un grain de semoule à un gros noyau de cerise.

Ces petits kystes sont situés autour de l'orifice cervical, sur la surface externe du col et à sa partie inférieure. Ce ne sont autres que les œufs de Naboth.

La tuméfaction de la muqueuse est très pronon-cée. Elle a tendance à faire saillie au niveau de l'ori-fice externe sous forme d'un petit bourrelet rouge. Cette forme de la métrite s'observe chez les nulli-pares.

Chez les multipares qui ont subi une ou plusieurs déchirures au niveau du col lors de l'accouchement, on voit une véritable ectropion de la muqueuse for-mant une surface rouge, bourgeonnante, qui a été prise pour une ulcération due à la hernie de la mu-queuse cervicale inflammée. Ces ulcérations ne sont que de fausses ulcérations. Exceptionnellement, il s'agit d'une vraie ulcération.

On peut observer encore chez les multipares des

lésions étendues, d'apparence érosive, au niveau de la surface libre du col.

A part des métrites subaiguës et chroniques, il existe une autre affection, qui donne des pertes glaireuses, c'est l'adénome du col.

L'adénome du col a été confondu par la grande majorité des auteurs avec l'endométrite cervicale.

Le diagnostic de cette affection n'est pas difficile, si on songe à ce que dans l'adénome du col le processus inflammatoire fait défaut et les antiseptiques ne donnent pas une amélioration, bien au contraire leur usage prolongé donne une irritation et comme conséquence on peut assister à une dégénérescence maligne. Ajoutons, que cette éventualité est très rarement observée (1).

Rappelons rapidement les différentes variétés de l'adénome du col.

On en distingue :

L'adénome diffus, qui est le plus fréquent avec une surface irrégulière. Au toucher il est souple, élastique et ne saigne pas. Son aspect peut être végétant, mais les symptômes donnés plus haut le différencie nettement d'un épithélioma.

Adénome localisé à la lèvre du col. — On voit un bourgeon situé le plus souvent à la lèvre antérieure du col au voisinage de l'orifice.

Adénome pédiculé ou polype adénomateux. — On le reconnaît très facilement par la pédicule.

(1) Douay et Soïmaru : l'adénome du col de l'utérus. Gynécologie et Obstétrique, t. XIII, N° 4, 1926.

Adénome kystique ou cystadénome. — Dans ce cas l'adénome contient des petits kystes, comme de gros œufs de Naboth.

Métrite adénomateuse. — Survient, si l'adénome s'infecte.

Si on suppose la dégénérescence de l'adénome la biopsie est indispensable.

Pour le traitement on peut recourir à l'amputation du col par le procédé de Sturmdorf modifié en double point en « U », par M. Douay. Le radium et l'électro-coagulation n'ont pas donné des résultats suffisants.

La destruction de l'adénome par la cautérisation au Filhos peut donner des bons résultats, si on agit énergiquement. Nous en avons observé d'excellents résultats à l'hôpital Broca.

Nous-même avons eu l'occasion de soigner personnellement dans le service, un cas d'adénome du col traité par la cautérisation à la pâte de Filhos. Il nous a fallu trois applications pour obtenir un résultat intéressant. On trouvera plus loin l'observation.

SYMPTOMES DES MÉTRITES CERVICALES

Comme nous avons décrit dans le chapitre d'étiologie des métrites cervicales, on distingue des métrites d'origine gonococcique et d'origine puerpérale.

Quelle que soit la cause, nous avons trois symptômes capitaux :

Douleur.

Leucorrhée.

Troubles de la menstruation.

L'ensemble de ces symptômes constitue le « syndrome utérin », de Pozzi.

La douleur n'est pas le signe le plus constant. Elle est variable dans ses manifestations.

En général, elle consiste surtout en une sensation de gêne dans le bas-ventre. Les femmes disent qu'elles « sentent » leur utérus, de plus, les malades ressentent des tiraillements au niveau des lombes et une pesanteur dans la région périnéale.

Ces troubles sont plus accentués au moment des règles, à l'occasion des fatigues, marches, par les secousses produites par la voiture ou par la trépidation de chemin de fer.

La douleur est rarement aiguë, mais chez quelques femmes elle peut revêtir une allure suffisante pour arrêter leur activité et dans ce cas, il faut rechercher l'existence d'une salpingo-ovarite concomitante.

Dans la métrite d'origine puerpérale, qui survient après un accouchement ou fausse-couche, la rétroversion est fréquente, rendant la métrite plus grave et plus rebelle à la thérapeutique ; l'utérus subinvolé étant plus lourd, bascule plus souvent en arrière. On comprend facilement, que dans un utérus dévié les sécrétions s'accumulent et aggravent la métrite.

La leucorrhée est le symptôme le plus constant de l'endométrite cervicale.

Dans la métrite d'origine gonococcique elle est formée par de gros amas de mucus, épais, de couleur jaunâtre, gris ou verdâtre.

Dans la métrite d'origine puerpérale, l'écoulement est moins épais. On peut observer parfois, que les pertes sont de couleur rosée, teintées de sang. L'examen bactériologique des pertes peut donner quelques renseignements sur la cause de l'infection.

La leucorrhée est à peu près continue. Parfois elle est tellement abondante, que les malades sont obligés de se garnir quotidiennement et nous voyons chez de telles femmes un érythème, une irritation épidermique avec lichenification secondaire de la peau ou une pigmentation de la face interne des cuisses.

Certaines femmes présentant une leucorrhée plus ou moins abondante, sont obsédées par la souillure quotidienne ; elles se croient blessées dans leur instinct de propreté. Chez ces femmes la leucorrhée est la cause d'une véritable dépression psychique.

Et enfin, on a observé de véritables crises sécrétoires (Pozzi) et hypersécrétion intermittente (Siredey).

Si la leucorrhée est le symptôme le plus constant, il n'en est pas ainsi des troubles menstruels, qui sont le phénomène le plus irrégulier de la triade symptomatique.

Dans certaines métrites les troubles de la menstruation sont à peine marqués et parfois absents. Parfois les deux premiers jours se passent normale-

ment, mais le troisième ou quatrième jour, la femme ressent de violentes douleurs, qui ne se calment, qu'après expulsion de membranes épaisses.

La durée des règles est variable. Elle peut être prolongée ou, au contraire, diminuée.

Parfois les règles apparaissent très irrégulièrement et durent un temps variable ; dans certains cas la femme a observé un peu de sang entre ses deux règles.

Ces troubles sont dus à un certain degré de métrite du corps coïncidant avec l'endométrite cervicale.

En pratiquant le toucher on reconnaît l'état du col ; celui-ci est augmenté de volume. Chez les femmes, qui ont eu des enfants, l'orifice est élargi, béant. Les deux lèvres sont hypertrophiées et on constate des petits grains enchassés dans le parenchysme cervical, qui ne sont autres, que les œufs de Naboth.

Parfois les deux lèvres sont tellement écartées, que le doigt peut pénétrer dans la cavité cervicale, témoignant une déchirure du col lors de l'accouchement.

La consistance du col est molle au début ; plus tard il se forme du tissu sclérotique, la muqueuse est tuméfiée en ectropion.

Parfois on constate une inégalité des deux lèvres. C'est la lèvre antérieure, qui dépasse la lèvre postérieure de 2 cm., c'est la forme du col en museau de Tapir.

Dans la vieille métrite le corps de l'utérus est de

volume normal, tandis que le col est hypertrophié, étalé à sa partie inférieure, c'est le col en bouchon de champagne.

L'examen au spéculum complète les renseignements fournis par le toucher. Chez les nullipares le col a une forme conique. La cavité du col est distendue, renfiée en barillet, laissant échapper des sécrétions muco-purulentes donnant l'aspect caractéristique au point de vue clinique de l'endométrite cervicale chronique d'origine gonococcique.

Chez les multipares la partie inférieure du col est étalée, donnant l'aspect conique à la base inférieure, l'orifice est formé par une fente, les lèvres sont béantes, renversées de dedans en dehors. Entre les deux lèvres la muqueuse est congestionnée, tuméfiée, en forme de bourrelet.

Si l'ectropion manque l'orifice est entouré d'un anneau rougeâtre formé par la muqueuse épaissie.

Dans la métrite récente, le col est congestionné, quelquefois violacé, mais toujours plus pâle, que la muqueuse utérine ou les érosions, qui ont une teinte écarlate.

Dans la vieille métrite la muqueuse externe du col est moins rouge, parfois jaunâtre, donnant un contraste marqué avec la couleur foncée de la muqueuse interne.

En plus des symptômes énumérés ci-dessus, la métrite chronique s'accompagne d'une série de troubles. Les femmes qui en sont atteintes, présentent des troubles gastro-intestinaux. Ce sont : dyspepsie, cons-

tipation. Il n'est pas rare de voir des troubles nerveux : lassitude, tendance à la neurasthénie. L'amaigrissement se produit lentement, mais d'une façon continue. Le faciès est pâle, terreux, avec des cercles bistrés autour des yeux, ce qui constitue « le faciès utérin de Pozzy ».

Il n'est pas rare enfin de voir, la co-existence d'une annexite avec de la métrite.

Parfois on peut sentir au toucher combiné au palper, une petite tuméfaction, qui est plus prononcée dans l'antéversion — cas plus rare — et dans la rétroversion, cas plus fréquent. Le toucher est douloureux, les culs de sacs sont sensibles, qui est dû à la co-existence d'une annexite ou de lymphangite pelvienne. On peut mettre en évidence cette sensibilité en impliquant à l'utérus par le doigt vaginal des mouvements de déplacement, manœuvre, qui a comme conséquence de mettre en tension les ligaments utéro-sacrés.

Au point de vue traitement, il est très important de reconnaître une complication annexielle. Il faut la traiter avant d'instituer le traitement de la métrite pour éviter une poussée aiguë au cours du traitement.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des métrites n'est pas difficile, quand tous les symptômes existent. Mais comme il est relativement rare de trouver la triade symptôma-

lique réunie, le diagnostic peut être hésitant dans certains cas.

On pose avec prédilection le diagnostic « métrite » sans spécifier la variété et — il faut dire — à tort. Le diagnostic doit être toujours précédé par un examen minutieux, qui consiste à interroger la malade, compléter par le toucher combiné au palper et par le spéculum. Au besoin il faut pratiquer un prélèvement pour un examen bactériologique.

Nous allons mentionner quelques affections avec lesquelles on peut confondre l'endométrite cervicale et nous allons traiter les principaux diagnostics différentiels.

Métrorrhagie. — Une erreur qui est souvent commise, c'est quand on est en présence d'une métrorrhagie. Cette erreur est facile à éliminer, si on pense, que pour qu'il y ait une métrorrhagie il faut une altération de la muqueuse : lésions du parenchyme, des annexes, polypes, fibromes au début, rétention placentaire ou membraneuse.

Congestion de l'utérus. — Dans ce cas, il y a des troubles menstruels avec douleurs lombo-abdominales, qui sont les symptômes capitaux de la congestion, tandis que la leucorrhée fait défaut ou si elle existe, le liquide est transparent, clair. En plus une congestion de l'utérus s'installe subitement et cesse par un repos de quelques jours, tandis que l'endométrite cervicale s'évolue lentement, insidieusement et sa durée est beaucoup plus longue.

La leucorrhée simple des jeunes filles et des jeunes femmes anémiques. — Dans ce cas la leucorrhée est d'origine vaginale et de couleur blanc laiteux coïncidant avec un mauvais état général.

La grossesse au début peut donner lieu à des erreurs, qui peuvent entraîner des conséquences fâcheuses pour la malade et pour le médecin. Elle s'accompagne des symptômes qui font penser à une métrite : c'est surtout la leucorrhée et parfois des douleurs lombaires, tiraillements. Le toucher combiné au palper, qu'il ne faut jamais négliger dans la gynécologie, tranchera le diagnostic. Dans la métrite l'augmentation de volume se porte surtout au col, tandis qu'au début de la grossesse, c'est le corps qui est augmenté de volume. De plus le col d'un utérus gravide est en voie de ramollissement, il est mou et dépressible. Les modifications des seins (pigmentation, saillie des tubercules de Montgomery) peuvent nous aider précieusement pour établir un diagnostic sur un début de grossesse.

Dans tous les cas, si on a le moindre doute d'une grossesse méconnue, c'est la sagesse, qui doit nous guider, c'est-à-dire attendre les prochaines règles. Il ne faut jamais pratiquer aucune exploration intra-utérine ou pansements vaginaux sous peine de provoquer un avortement.

Hémorragie. — S'il s'agit d'une hémorragie chez une jeune femme, il faut penser à une fausse-couche. Dans ce cas, il est utile de rechercher la cause : spécificité, métrite, rétroversion. Penser aussi à la possi-

bilité d'une rétention placentaire ou membraneuse, qui se traduit par la fétidité de l'écoulement.

Schématiquement, voilà des idées générales, qui peuvent nous guider quand on est en présence d'une hémorragie :

Chez des jeunes femmes penser à une fausse-couche.

Chez des femmes entre 30 et 45 ans, penser au fibrome.

Au-dessus de 45 ans, penser à une néoplasme.

Il va de soi, que ces idées ne peuvent être appliquées à chaque cas et on ne peut être autorisé à faire le diagnostic, qu'après un examen systématique.

Cancer de l'utérus. — Il importe de ne pas confondre une métrite cervicale scléro-kystique avec un cancer du col.

Les noyaux disséminés dans l'épaisseur du col, dont la consistance est alternativement molle et dure, doivent nous faire penser à la métrite.

Un gros col irrégulier, bourgeonnant avec des masses uniformément dures, qui saignent facilement, l'immobilité de l'utérus sont en faveur d'une néoplasme. En cas de doute, une biopsie avec examen histologique s'impose. Pour que cet examen histologique donne un résultat exact, il faut bien choisir l'endroit suspect, qui est le point le plus saignant et le plus dur. L'endroit le plus dur est facile à repérer en tâtant avec le bout d'un instrument la partie malade.

Pour le cancer du corps de l'utérus, le dia-

gnostic différentiel ne s'impose guère. Rappelons toutefois, que dans ce cas l'utérus est augmenté de volume ; au début, il y a de petits suintements sanguins continus, qui vont en augmentant peu à peu. La dilatation du col suivie d'un curettage explorateur avec examen histologique des débris, tranche nettement le diagnostic.

La conduite à tenir est la même, si on est en présence d'un écoulement leucorrhéique abondant, odorant, à pertes aqueuses souvent teintées de petites hémorragies d'autant plus suspectes, qu'elles surviennent après la ménopause.

C'est donc seulement après avoir posé le diagnostic précis de la métrite cervicale, que le traitement par cautérisation à la pâte escharotique au Filhos trouve son indication.

Nous ne saurions trop insister de ne pas passer à côté d'une lésion annexielle d'instituer la cautérisation. Celle-ci est tellement importante, que même au cours du traitement les malades sont à surveiller très étroitement pour espacer ou même suspendre pour un certain temps l'application du Filhos.

CLASSIFICATION DES MÉTRITES CERVICALES

SUIVANT LE TRAITEMENT EMPLOYÉ

Avant de parler du traitement des métrites cervicales, il nous paraît utile de dire quelques mots de la classification dans les différents cas.

1) Cas complexe décelé par l'examen clinique, où le traitement local doit être momentanément écarté.

Ce sont :

a) Métrite du col avec salpingite.

Cliniquement la malade présente : des douleurs au niveau des annexes, cul de sac douloureux avec température, parfois crises très violentes. Dans ce cas, il faut traiter d'abord la salpingite par le repos au lit, injections vaginales chaudes, qu'on peut associer à la diathermie et reporter le traitement de la métrite après la disparition de ces symptômes.

Si après quelque temps la salpingite récidive, l'indication de l'hystérectomie totale ou subtotale s'impose avec évidence du col. Cependant, il faut savoir qu'après l'opération subtotale, si la métrite du col subsiste, ce qui est rare, il est facile d'obtenir la

guérison étant donné l'absence de l'utérus, par la cautérisation au Filhos, par le thermocautère, ou même par le nitrate d'argent pour détruire la muqueuse du moignon cervical.

b) Métrite du col avec périmétrite.

Il s'agit dans ce cas d'une péricervicite inflammatoire, véritable lymphangite des bases des ligaments larges et utéro-sacrés.

Dans ce cas l'attention du clinicien doit être attirée par la douleur provoquée par la mobilisation du corps.

On peut mettre en évidence cette péricervicite en procédant de la façon suivante, comme nous l'a montré le Docteur Douay : un doigt est placé dans le cul-de-sac postérieur, il repousse le col vers le pubis. Cette manœuvre met en tension les ligaments utéro-sacrés. Si ces ligaments sont sains, la tension est indolore ; si ces ligaments sont enflammés, cette manœuvre provoque de vives douleurs. Pour rechercher l'inflammation des ligaments larges, on procède de la même façon. Le doigt est introduit dans le cul-de-sac latéral gauche par exemple, repousse le col vers la droite, la tension du ligament large gauche provoque une douleur, s'il est inflammé.

Pratiquement une métrite avec péricervicite doit être soignée comme une salpingite, c'est-à-dire, il faut éviter toute cautérisation intracervicale.

c) Association de la métrite du corps et du col.
C'est là un des chapitres des plus importants,

car les insuccès thérapeutiques de la métrite du col tiennent surtout aux récidives provoquées par la métrite du corps concomitante. Il est très difficile de faire le diagnostic dans ce cas.

Le signe le plus important est la douleur légère provoquée par la pression sur le fond de l'utérus et le volume anormal de l'utérus.

Dans ce cas, il faut associer le traitement des deux affections. Pour la métrite du corps on fait des instillations intra-utérines. A l'hôpital Broca on pratique habituellement des installations de chlorure de zinc au dixième, lorsque la métrite du corps revêt le type hémorragique, des instillations de nitrate d'argent au vingtième, lorsque la métrite revêt le type purulent. On utilise encore dans ces cas l'installation quotidienne du mercurochrome ou curiosane. Enfin la méthode de Lacapierre par le lithium leucorhagine a donné des résultats intéressants.

Lorsque la métrite du corps est très améliorée, on est autorisé à compléter la guérison par l'application de la pâte escharotique de Filhos.

2) Cas complexes décédés par l'examen bactériologique.

Avant d'instituer le traitement de la métrite endocervicale par le Filhos, il est utile de rechercher la présence des gonocoques.

Lorsqu'on traumatise un col contenant des gonocoques virulents, on peut faciliter leur extension et provoquer une poussée annexielle plus ou moins grave. Ce danger de complication est encore beau-

coup plus grand, quand il s'agit d'une métrite du corps avec gonocoques. Il est certain, qu'une instillation faite dans un corps contenant des gonocoques donne des complications graves.

De toute façon il est utile de chercher à diminuer les gonocoques par la vaccination antigonococcique et par la diathermie.

3) Cas faciles par suite de leur localisation à la portion vaginale du col.

L'inflammation reste au niveau de la portion accessible et tous les traitements sont efficaces (injections vaginales, ovules, pansements ichtyolés-glycérolés, etc.). L'application du Filhos n'est utile que dans les cas exceptionnels, qui résistent à cette thérapeutique.

4) Cas localisés au canal cervical. (Endocervicite chronique.)

Ce sont les cas typiques pour le traitement par le Filhos. Il faut distinguer deux variétés :

a) avec col largement béant (multipare).

La cautérisation est facile.

b) Col étroit (nullipare). La cautérisation est difficile, car on ne peut pénétrer dans la cavité cervicale, qu'avec un crayon taillé en pointe. Nous avons démontré le danger d'une telle cautérisation, si un petit fragment du crayon se détache. Pour obtenir une cautérisation efficace une dilatation préalable s'impose par une laminaire courte, que la malade

gardera 24 heures. Après avoir retiré la laminaire, on fait la cautérisation.

Le Docteur Douay procède volontiers de la façon suivante : il monte un tampon sur l'hystéromètre et il imbibé ce tampon de la pâte escharotique de Filhos. L'hystéromètre pénètre dans le col sans avoir eu recours à la dilatation préalable, ce qui est un grand avantage. Nous allons exposer cette méthode plus longuement et avec tous ces détails au chapitre « Traitement et technique de la cautérisation » plus loin.

5) Cas suspects de dégénérescence-métrite adénomateuse.

Ces cas récidivent malgré le traitement par le Filhos.

Dans cette dernière catégorie l'ablation chirurgicale du col s'impose. Pour cette opération il y a plusieurs procédés. A l'hôpital Broca nous avons vu utiliser avec profit l'amputation conique, procédé de Sturmdorf, modifié par Douay. Ce procédé a l'avantage d'enlever la totalité de la lésion jusqu'à l'isthme, d'invaginer par un point en « U » de la muqueuse, qui sera creusée. Avec cette méthode on obtient une bonne cicatrisation régulière sans détruire la musculature circulaire du col.

INDICATION DU TRAITEMENT

Le traitement par la cautérisation à la pâte escharotique du Filhos s'applique plus spécialement à l'endométrite cervicale chronique, lorsque d'orifice

externe du col est trop étroit pour admettre facilement l'introduction du crayon de Filhos.

On peut l'employer indifféremment pour toutes les métrites chroniques, métrites catarrhales blennorrhagiques, métrites puerpérales à sécrétion mucopurulente ou à catarrhe clair.

Si l'examen de la malade nous révèle l'existence d'une lésion annexielle, il est utile à préciser le degré d'acuité de ces lésions pour dépister une contre-indication éventuelle du traitement.

Il faut cependant savoir que certaines lésions annexielles chroniques sont entretenues par la métrite cervicale chronique ; loin de s'aggraver, elles sont améliorées par le traitement et la guérison de la métrite cervicale.

Des très bons résultats ont été obtenus dans le traitement de la métrite du moignon cervical après hystérectomie subtotale.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

Le traitement par la cautérisation a pour but de détruire les glandes malades sans toucher toutefois à la musculature du col.

Pour réaliser ce but il importe que la cautérisation soit faite selon une bonne technique, afin d'éviter les incidents possibles du traitement.

Pour appliquer le caustique on prépare les instruments suivants :

Spéculum.

Pince à pansement.

Hystéromètre.

Coton stérilisé.

Pâte escharotique de Filhos.

Cette dernière est présentée dans de petits flacons dont l'ouverture ne doit être faite, qu'avant l'usage.

Après une injection à l'eau bouillie la femme est placée en position gynécologique sur la table d'examen suffisamment éclairée. Après avoir introduit le spéculum, on pratique l'assèchement du vagin à l'aide d'une compresse sèche. Il est indispensable de garnir convenablement le cul de sac postérieur avec un tampon bien étalé pour le préserver contre l'écoulement possible de caustique provenant du col.

Avant de faire la cautérisation, il est utile d'introduire l'hystéromètre dans le col pour mesurer la cavité cervicale et pour se rendre compte de sa direction exacte. Le but de cette mensuration est de faire pénétrer le caustique jusqu'à l'orifice interne tout en évitant d'introduire dans le corps de l'utérus. On saisit ensuite un peu de coton, qu'on monte sur l'hystéromètre et on l'imbibe de la pâte escharotique de Filhos. Le coton monté doit être assez petit pour pénétrer facilement dans la cavité cervicale. Il doit être imprégné de pâte caustique d'une façon homogène.

La cautérisation ne doit pas être un attouchement superficiel de la cavité cervicale, mais un contact prolongé et méthodique sur toute la paroi cervicale, en commençant par l'orifice interne.

Le temps d'application est variable, 20 à 30 se-

condes, toujours plus longtemps que le temps d'application du crayon, ordinairement le double. L'intérieur du col devient rouge-noirâtre, les glandes se liquéfient et sortent du col sous forme de sécrétion brunâtre.

Il est toujours difficile à dire la durée exacte d'une application. En principe il faut laisser la pâte en contact avec la muqueuse cervicale jusqu'à la formation de l'escharre ; parfois il faut mettre une deuxième fois de la pâte sur le tampon d'ouate pour finir la cautérisation. Ceci est une affaire d'expérience personnelle.

Déjà Richelot nous disait : « Je ne cautérise pas montre en main, je cautérise en regardant et je m'arrête quand l'escharre est faite. » Le Docteur Douay qui nous a appris la technique indiquée plus haut nous dit, qu'il faut compter jusqu'à cinquante environ.

Après la cautérisation il faut enlever l'excès de caustique au niveau de l'orifice externe avec un peu de coton.

Pour terminer on introduit dans le vagin jusqu'au col un pansement sec, que la malade gardera 12 à 24 heures. Après avoir retiré ce pansement, elle prendra tous les jours matin et soir une injection vaginale sous une faible pression avec deux litres d'eau bouillie tiède additionnée d'une cuillerée à soupe de borate de soude ou d'eau oxygénée.

Le Docteur Douay recommande de ne pas faire la cautérisation avant les règles mais quelques jours

après pour ne pas créer des poussées congestives ou l'inflammation des annexes.

INTERVALLE ET NOMBRE DES CAUTÉRISATIONS

En ce qui concerne l'intervalle des cautérisations, on ne peut parler, que du temps approximatif. Le principe qu'il faut suivre strictement est, qu'il ne faut jamais faire une nouvelle cautérisation avant que l'escharre de l'application précédente soit disparue complètement, c'est-à-dire 7 à 10 jours.

Le Docteur Douay ne se contente pas de la disparition de l'escharre, il préfère attendre la réparation des surfaces cautérisées. D'une telle façon on évite de faire des cautérisations trop profondes par applications subintrantes de caustique.

Il est utile de faire revenir ses malades entre les cautérisations pour se rendre compte de l'effet du traitement et au besoin de faire quelques pansements picriqués (8 p. 1000) ou au Néol au $\frac{1}{3}$, que la malade gardera 24 heures. En moyenne l'intervalle entre deux cautérisations doit être de 10 à 15 jours.

Le nombre des cautérisations est variable. On peut dire, qu'il diffère dans chaque cas, ainsi qu'il résulte de nos observations.

Quelquefois le résultat est obtenu avec une seule cautérisation ; généralement il faut 3 à 4 cautérisations.

En principe, il ne faut pas dépasser 8 cautérisations. Si la guérison n'est pas obtenue, il est recommandable d'interrompre le traitement médical pour

passer à la thérapeutique chirurgicale. (Amputation du col.)

Un repos relatif est nécessaire pendant la période des cautérisations. Il faut encore suivre le conseil de Richellot : « Après la cautérisation, la femme peut rentrer chez elle, mais elle doit rester au repos toute la journée étendue, s'il est possible. En évitant la fatigue, elle peut vaquer toute la semaine à ses occupations, quelques douleurs l'avertissent en cas d'imprudence. »

Il est nécessaire de prévenir les malades avant le traitement, que le repos absolu est indispensable le jour de la cautérisation et, qu'un repos relatif est encore utile le jour suivant.

En général, ce repos ordonné aux malades d'une façon sévère est bien observé. Ce repos est tellement nécessaire, qu'il faut refuser le traitement aux femmes, qui déclarent d'être dans l'impossibilité de l'observer.

Chez toutes les malades atteintes de métrites cervicales chroniques dont les annexes ont été touchés antérieurement, il faut ordonner le repos absolu pendant toute la période de cautérisation. Toutefois on peut permettre aux malades de se lever pour quelques heures vers le huitième jour qui suit la cautérisation, si elles n'ont eu aucune crise aiguë et si leur température n'a pas dépassée 38°.

Pour les malades chez qui l'examen n'a révélé aucune lésion annexielle, le repos absolu au lit n'est nécessaire, que le jour de la cautérisation. Si le len-

demain la femme n'a aucune douleur ni température, on peut lui permettre de se lever.

Il ne faut pas oublier d'avertir chaque malade, que si elles souffrent du bas ventre d'une façon durable et elles ont de la température, de garder le lit.

Après la guérison, les femmes doivent être surveillées pendant 2 ou 3 mois tous les 12-15 jours, après trois mois il est nécessaire de revoir la femme une ou deux fois par mesure de précaution pour lutter contre une atrésie éventuelle de l'orifice du col. On a conseillé (Guillemin) de pratiquer un fois par mois une dilatation progressive à l'aide des bougies d'Hégar. A l'hôpital Broca le Docteur Douay ne pratique pas ces dilatations mensuelles:

Le meilleur moment, que l'on doit choisir pour revoir les malades est deux ou trois jours après la fin des règles. A ce moment la femme nous fournira des renseignements utiles pour pouvoir dépister une atrésie du col. Si la femme se plaint d'avoir souffert anormalement de ses règles il faut faire une hystérométrie pour dépister un début de rétrécissement. Dans ce cas, il faut passer quelques bougies d'Hégar pour calibrer le col et empêcher l'atrésie.

RÉSULTAT DU TRAITEMENT

Si la cautérisation a été faite selon une bonne technique et si la malade a suivie les prescriptions, la guérison de la métrite cervicale chronique est obtenue définitivement sans accident ultérieur.

Cette guérison est affirmée par la disparition de

la leucorrhée glaireuse, par amélioration de l'état général. Les douleurs lombaires sont supprimées. Deux ou trois mois après la guérison les malades reprennent leurs poids et retrouvent leur activité génitale. Après la disparition des glaires épaisses du col la fécondation devient possible. En ce qui concerne l'état local on trouve un col dont l'aspect paraît tout à fait normal aussi bien chez les nullipares, que chez les multipares, dont les lèvres éversées ont une tendance à se rapprocher.

Donc au point de vue esthétique le résultat est très bon.

INCIDENTS DU TRAITEMENT

Le traitement fait selon une bonne technique minutieusement surveillée, ne provoque aucun incident.

Voici les accidents qui ont été signalés :

Atrésie de l'orifice externe.

Réactions annexielles.

L'atrésie du col est le point délicat du traitement. On a beaucoup insisté à la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris à l'occasion de première communication faite par Richelot en 1900 (1).

Richelot disait : « Il n'y a jamais d'atrésie ». En 1905, il répétait : « Pour ma part je n'ai jamais vu d'atrésie depuis onze ans, que j'utilise le Filhos chez

(1) Journal des Praticiens, juin 1900.

des centaines de femmes. » Il dit ailleurs : « Malgré la simplicité et la facilité de la méthode, nous ne voudrions pas jurer, qu'une main lourde ne trouvera jamais le moyen d'oblitérer un col avec le caustique de Filhos. »

Il est donc certain, que l'atrésie du col peut exister ; nul doute, qu'une telle complication joue un rôle très important dans l'avenir obstétrical des femmes traitées.

Il serait très intéressant de savoir à quoi est dû l'atrésie.

Sur ce point, le Docteur Dupont a fait des expérimentations précieuses contrôlées sous microscope (2).

Il a étudié deux cols traités par la cautérisation au Filhos, pour montrer d'une part, ce que l'on peut obtenir avec le caustique et, d'autre part, les inconvénients qui peuvent en résulter quand il est appliqué sans certaine précaution.

Il s'agit de deux malades traitées par le Filhos et opérées tardivement d'une hystérectomie pour annexite.

Après l'opération les pièces enlevées ont été étudiées au point de vue macroscopique et microscopique.

Pour juger l'effet de la cautérisation, une biopsie a été faite avant la cautérisation, ou on voyait la

(2) Dr Dupont. Etude anatomique de deux cols traités au Filhos. Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1924 N° 5.

muqueuse malpighienne hyperplasiée avec pénétration profonde dans les tissus sous-jacents et le col bourré de dilatations kystiques. Sur la pièce enlevée ces dilatations ont disparu, les fibres musculaires sont visibles et ne sont pas remplacés par du tissu cicatriciel.

Sur la coupe de la deuxième pièce, le Docteur Dupont avait constaté une infiltration leucocytaire abondante, signe d'un état infectieux. De plus dans la profondeur il trouvait des rares dilatations kystiques qui prouvent que la cautérisation était insuffisante. Mais, comme sur la pièce précédente il n'a pas constaté l'existence du tissu cicatriciel.

Si le caustique ne détruit que la muqueuse la cicatrisation se fait au dépens du tissu conjonctif par évolution adulte de ces différents éléments en fibres collagènes et élastiques. La régénération de l'épithélium se fait par multiplication de la couche basale.

Si les fibres musculaires ont été détruit, elles ne se régénèrent pas ; la cicatrisation se fera encore au dépens du tissu conjonctif.

Ainsi, d'après les études du Docteur Dupont résulte, que, si une atrésie survient après le traitement, celle-ci n'est pas la conséquence de la formation d'un tissu sclérotique, mais la suppression des éléments contractiles du col.

Dans les métrites cervicales très anciennes la couche musculaire est envahie par la sclérose. Il est évident, que dans ces cas après quelques applications de Filhos faites avec toutes les précautions nous au-

rons de la sclérose, mais celle-ci préexistait au traitement.

Il résulte, que l'atrésie n'est pas due à la méthode elle-même, mais à une mauvaise application du caustique. Si on cautérise aveuglement, on risque de dépasser la limite et la destruction des muscles devient possible. Si, au contraire, on attend, la cicatrisation antérieure, on peut pour ainsi dire doser la nouvelle application du caustique et on évitera, que les surfaces cruantées s'accolent. Il faut surveiller la cicatrisation des surfaces cautérisées pour éviter l'atrésie.

Réactions annexielles.

Si le traitement a été appliqué dans le cas de métrite cervical chronique sans complication annexielle antérieure et si les malades ont observé le repos nécessaire, cet incident peut être évité.

Par contre on peut voir des poussées annexielles au cours de traitement chez les femmes, qui présentaient des reliquats annexielles ou des anciennes lésions de péricervicite, lésions qui paraissaient à l'examen complètement éteintes.

Parmi nos observations nous publions un cas (Obs., No, XI.) d'une malade, qui avait une annexite quatre ans avant le traitement et qui a fait une poussée aiguë au cours du traitement. D'après les renseignements qu'elle nous a fournis, le jour de la cautérisation elle continuait ses occupations.

Pour éviter autant que possible une telle complication, on doit ordonner chez de telles malades un repos absolu au lit pendant toute la durée de la cau-

térisation. Même, si elles ne se plaignent pas de douleur locale, il est utile de faire prendre leur température du matin et du soir. Dès que le thermomètre dépasse ou atteint 38°, faire un examen local attentif. S'il s'agit d'une annexite, appliquer des compresses chaudes, humides, ou une vessie de glace en permanence sur l'hypogastre et interrompre les cautérisations.

Parfois l'annexite au cours du traitement peut se traduire par une crise aiguë ou subaiguë, qui se traduit par une certaine sensibilité de l'utérus et des annexes avec un peu d'empâtement. Dans ces cas il faut interrompre le traitement jusqu'à la disparition de la sensibilité qui se produit au bout d'une dizaine de jours environ. On peut reprendre le traitement ensuite, en observant la malade de très près et en lui ordonnant le repos absolu au lit.

Hématométrie. — Elle est la conséquence d'une atrésie de l'orifice du col.

Les premières règles qui ont été retenues dans la cavité utérine, provoquent quelques douleurs, qui ne sont pas cependant assez violentes pour amener les malades à la consultation.

Ce n'est qu'à la prochaine règle quand les douleurs sont déjà plus fortes que les femmes se décident de venir consulter.

L'absence des règles, l'augmentation de volume de l'utérus avec orifice externe complètement cicatrisé, les douleurs violentes signalées par les malades nous font penser à une hématométrie.

Cependant, si une femme traitée récemment, vient consulter pour absence de ses règles on peut hésiter entre une sténose incomplète, mais suffisante pour retenir la règle et entre une grossesse au début. Dans le doute il faut s'abstenir de toute exploration intra-utérine et attendre la date des règles prochaines.

CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT

La cautérisation est contre-indiquée :

1. Pour les métrites compliquées de réaction annexielle récente aiguë ou suraiguë.
2. Pour les métrites compliquées de réactions annexielles anciennes, si elles sont encore importantes.

Dans ce cas le traitement rationnel est l'intervention chirurgicale.

3. Pour les métrites aiguës d'origine puerpérale ou blennorrhagique.

Après l'accouchement les tissus de l'utérus sont mous, friables, et une congestion de l'utérus peut survenir. Les annexes ainsi que les voies lymphatiques peuvent réagir particulièrement vite.

L'infection blennorrhagique aiguë peut donner lieu à des annexites graves, si on traumatise le col. De plus l'infection peut s'étendre à l'intérieur du corps. Dans ce cas, il faut tenter de diminuer les gonocoques par la vaccination ou diathermie, et tout en observant la malade attendre l'atténuation complète des symptômes aigus.

4. Pour toutes métrites chroniques avec annexite, ayant subi plusieurs rechutes aiguës ou subaiguës et qui est encore perceptible à l'examen.

Pour ces cas, on doit mettre les malades au repos absolu au lit pendant quelques temps. On les observe ensuite pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, jusqu'à la disparition de l'annexite. C'est à ce moment seulement, qu'on peut instituer le traitement en ordonnant le repos absolu au lit pendant toute la durée de la cautérisation. Faire prendre leur température matin et soir, et si celle-ci atteint ou dépasse 38° suspendre le traitement pour reprendre si tout est rentré en ordre.

5. Tout début de la grossesse.

L'utérus est en état de moindre résistance, de plus l'introduction d'un hystéromètre dans la cavité cervicale d'un utérus en état de gestation peut provoquer l'avortement. Chez les femmes récemment ou depuis plusieurs mois accouchées, on doit attendre le retour de couches.

Certaines femmes examinées peu de temps après l'accouchement présentent des cols gros, congestionnés, dont la muqueuse est rouge hypertrophiée. Chez de telles femmes le col est en subinvolution aseptique et non pas infecté. De tels cols ne sont pas justifiables à la cautérisation. Pour les guérir, il suffit de soumettre la femme au repos et faire prendre des injections vaginales à l'eau bouillie faiblement antiseptique.

Il ne faut pas appliquer le traitement par cauté-

risation dans les cas où le col ne présente pas de symptômes de métrite et il n'y a qu'une leucorrhée claire. Celle-ci peut être seulement passagère. Si toutefois cette leucorrhée persiste ou devient louche on peut soupçonner une infection chronique. Dans ce cas un traitement simple par attouchement à la teinture d'iode, ovules, tampons glycérolés doivent être essayés. On ne devrait instituer le traitement par cautérisation au Filhos, que si ces moyens après quelques semaines d'observation n'ont pas donné le résultat satisfaisant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme A..., 30 ans. Diagnostic : métrite du col après infection gonococcique datant d'un an environ. L'examen de la sécrétion cervicale montre, que les gonocoques sont disparus.

Gros col avec métrite interne et externe. Règles normales. Première cautérisation au Filhos de la portion vaginale du col, le 23-12-1924.

Pansement picriqué, le 30-12-1924.

Deuxième cautérisation intracervicale le 5-1-1925.

Pansement picriqué le 19-1-1925.

Revue en excellent état le 25-2-1925.

Guérison sans aucun trouble des règles.

Résumé : Métrite du col d'origine gonococcique. La guérison a été obtenue sans aucune rechute avec 2 cautérisations de Filhós.

OBSERVATION II

Mme A..., 40 ans, 1 enfant, règles irrégulières de 4 jours environ, présente des pertes blanches

glaireuses depuis six mois environ. A ce moment, on constate une endocervicite chronique avec polype endocervicale. On lui fait l'ablation du polype. Traitée pendant 5 mois pour métrite du col par différents pansements et cautérisations : attouchements de l'intérieur du col avec nitrate d'argent en solution de 1/20, ovules glycerinées, pansements picriqués. Ces traitements ne produisent qu'une amélioration passagère.

Première cautérisation au Filhos le 23-12-1924.

Le col étant largement ouvert, on lui fait une cautérisation directement avec le crayon.

Revue le 4-1-1925. Col en bon état. Pansement picriqué.

Revue 1 mois après la cautérisation. Le col est revenu sur lui-même ; il ne donne plus des glaires. Utérus reste gros. Les règles se sont produites sans difficulté. Pendant 8 mois la malade est en bon état et ne présente plus de sécrétions glaireuses.

Revient consulter le 28 octobre 1925, avec reprise légère de la métrite du col.

Une deuxième cautérisation est faite à ce moment avec un tampon monté sur hystéromètre.

Après cette cautérisation l'état s'améliore définitivement et la malade est en bon état.

Résumé : Endocervicite avec polype muqueux. Guérison après une application de Filhos. Rechute après 8 mois. Nouvelle application. Guérison définitive.

OBSERVATION III

Mme An..., 29 ans, pas d'enfant, vient consulter pour des pertes blanches, qu'elle présente depuis 8 mois environ avec des règles douloureuses. Elle a été traitée par différents antiseptiques, comme acide picrique et néol, mais il n'y a pas d'amélioration apparente.

A l'examen on constate une adénome du col avec des glaires transparentes, la cavité cervicale est large.

La première cautérisation a été faite avec un tampon monté sur hystéromètre, le 21-9-1925.

La malade est revenue le 4-10-1925. Le col est légèrement rouge, l'escharrhe n'est pas tombé encore ; on lui met un pansement picriqué. Une deuxième cautérisation intra et extracervicale prolongée a été pratiquée le 18-10-1925 avec un tampon monté sur hystéromètre.

Troisième cautérisation intracervicale avait lieu le 30-10-1925.

Après cette dernière cautérisation les pertes disparaissent complètement, le col reprend un aspect tout à fait normal et la malade est considérée comme guérie.

Deux mois plus tard, en janvier 1926, les règles sont douloureuses, elles durent 8 jours. On constate à ce moment, que l'orifice externe du col est très étroit, l'hystéromètre passe difficilement. Il s'agit d'une sténose de l'orifice externe. On fait immédia-

tement une dilatation avec des bougies d'Hégar jusqu'à No. 20 (filière Charrière). Huit jours plus tard, nouvelle dilatation. Les règles de février se produisent sans douleurs et la malade est en bonne santé jusqu'à janvier 1927. De nouveau les règles deviennent douloureuses, elles se produisent deux fois par mois. La sténose se reformait peu à peu, elle est très serrée et difficile à passer avec un fin stylet. Une nouvelle dilatation est faite immédiatement. On passe assez difficilement la série des bougies jusqu'au No. 15.

Huit jours plus tard nouvelle dilatation, cette fois très facile jusqu'au No. 15. La malade est ensuite revue en février, mai 1925 et octobre 1927. La sténose ne se reproduisait pas, les règles sont régulières et sans accident.

Résumé : Endocervicite chronique avec adénome. Guérison après trois applications de Filhos, mais sténose de l'orifice externe, cédant à la dilatation.

OBSERVATION IV

Mme B., 23 ans, pas d'enfant, 1 fausse-couche de 2 mois. Depuis un an, pertes blanches glai-reuses ayant apparu après la fausse-couche. Traitements divers, ovules ichtyolées, crayon de leucarrinine, sans résultat.

A l'examen : utérus gros et rond, col petit avec orifice étroit sans inflammation. Diagnostic : métrite du col et du corps.

Première cautérisation au Filhos : 3-3-1926.

Deuxième Filhos : 23-3-1926. Revue le 12 avril 1926 très améliorée. Revue le 19 mai 1926. Le col est en très bon état. Les règles ont été suivies de quelques glaires. Revue en décembre 1926. Les règles sont sans douleurs, le col est parfait mais il est très conique. L'utérus est moins gros.

Résumé : Métrite endocervicale chronique avec col très étroit. Deux cautérisations intracervicales sont suffisantes pour produire la disparition des pertes glaireuses sans aucune sténose malgré l'étroitesse de l'orifice externe.

OBSERVATION V

Mme B..., 33 ans, un enfant de 6 ans, règles irrégulières, présente des pertes glaireuses depuis 10 mois, résistantes à toute thérapeutique. Elle est obligée de se garnir nuit et jour. Enorme métrite endocervicale avec gros col.

Première cautérisation intracervicale au Filhos.

Revue le 14-3-1927 après une amélioration qui a duré un mois.

Les pertes blanches se reproduisent avec la même intensité. Cautérisation successive : 17-3-1927, 25-3-1927, 17-5-1928, 10-6-1927.

Les résultats finalement obtenus sont insuffisants.

Toute la partie inférieure du col a un aspect normal, mais les glaires apparaissent revenant du fond de la cavité cervicale. L'amputation du col est

décidée. Elle est faite le 16 juin 1928. Anesthésie générale, amputation conique avec double point en « U ». La muqueuse est enlevée jusqu'à 3 cm. de profondeur.

En pratiquant cette section circulaire le bistouri traverse une grande cavité kystique remplie de mucus. Malgré l'importance de l'exérèse, on a l'impression de laisser encore dans la profondeur des glandes malades. On termine l'opération par une périnéographie.

Revue en novembre 1927. La cicatrice périnéale est très bonne. Le col a un aspect extérieur parfait, mais il s'y coule encore quelques glaires par l'orifice. La malade est cependant très satisfaite de la grande amélioration produite.

Le 28 février 1928: encore quelques glaires revenant du fond de la cavité. On fait une dernière cautérisation au Filhos au fond du canal cervical. Le résultat est cette fois excellent. La malade est revenue en juillet 1928 en très bon état.

Résumé : métrite du col avec dilatation glandulaire disséminée dans toute l'épaisseur du col. Amélioration sans guérison par 6 cautérisations. Amputation du col montrant l'étendue de la lésion. Guérison incomplète. Dernière cautérisation au Filhos, qui amène la guérison.

OBSERVATION VI

Mlle B..., 20 ans, présente des pertes blanches très épaisses depuis 2 ans, avec parfois filets de sang. Traitée constamment par pansements, ovules, crayons intra-utérins, instillations, pointes de feu.

Examen : corps petit, col très gros, ouvert, rempli de glaires. Endocervicite glaireuse sans complication.

Le 15-2-1928, première application au Filhos intracervicale avec un coton monté sur hystéromètre. Cavité très saignante, cautérisation prudente.

Le 20-2-1928, légère cautérisation au Filhos.

Le 9-3-1928, cautérisation plus forte, cavité moins saignante.

Le 16-3-1928, quatrième application du Filhos.

Le 28-3-1928, cinquième et dernière application du Filhos.

Revue en mai 1928. Disparition des pertes blanches. Le col est encore gros, mais sec. Les règles ont été normales.

Revue en juillet 1928 en bon état.

Résumé : Endocervicite datant de 2 ans, ayant résisté aux thérapeutiques diverses. Guérison après 5 cautérisations espacées sur 2 mois 1/2.

OBSERVATION VII

Mlle D., 25 ans, pas d'enfant, 1 fausse-couche de 2 mois, vient consulter le 10 mai 1928, pour pertes blanches depuis 2 ans et douleur du bas-ventre

et lombaires, traitée pendant 1 an par pansements picriqués, ovules, diathermie, crayons au radium sans résultat.

Examen : le corps de l'utérus est basculé en arrière, pas de masses annexielles, col augmenté de volume, pertes épaisses, glaireuses, jaune-verdâtre.

Le 10-5-1928, première application du Filhos avec coton sur hystéromètre.

Le 23-5-1928, perte en diminution, on lui fait une deuxième Filhos.

Le 7-6-1928, col amélioré, petite perte. Troisième Filhos.

Le 20-9-1928, col en très bon état. Pansement au Néol.

Le 4-10-1928. Quatrième application forte du Filhos.

Le 7-10-1928. Quelques glaires, col petit, fermé. Aseptisation de la cavité intracervicale par acide picrique à 8 o/oo. Dilatation facile avec une des sondes jusqu'au N° 16.

Le 15-10-1928. Application du Filhos jusqu'au fond de la cavité cervicale.

Le 29-10-1928. Col petit, mais on voit quelques petites pertes. Application intracervicale du Filhos.

Le 15-11-1928. Petites pertes. Application complémentaire du Filhos jusqu'au fond de la cavité cervicale.

Le 1-12-1928. Très peu de perte claire. Pansement picriqué. En bonne voie de guérison.

Le 15-12-1928. Col normal. Pas de perte. Guérison persiste.

Résumé : Endométrite cervicale rebelle. Atrésie du col au cours du traitement cédant facilement à la dilatation. Guérison obtenue avec sept applications.

OBSERVATION VIII

Mme G. L..., âgée de 29 ans, vient consulter le 10 mai 1928, pour pertes blanches persistantes, malgré le traitement par pansement vaginal et ovules depuis 5 mois. Ses règles sont normales. 2 enfants vivants. 1 fausse-couche il y a 18 mois.

Examen : Utérus mobile, cul-de-sac. Pas d'annexite. Col oedématié. Au spéculum : Ulcération suspecte au niveau de la lèvre supérieure du col. Biopsie pour examen histologique de l'ulcération fut décidée. Réponse du laboratoire : « Inflammation chronique, peut-être d'origine bacillaire, mais aucun signe de certitude ».

Le 30-5-1928. Première application de la pâte escharotique de Filhos.

Revue le 13 juin. Col en voie de cicatrisation, très peu de perte. Pas de Filhos.

Le 20-6-1928. Très peu de perte, col légèrement rouge, en très bonne voie. Deuxième cautérisation à la pâte escharotique de Filhos.

Revue le 10 juillet. Pas de perte depuis 15 jours. Col en très bon état. Elle peut être considérée comme guérie.

Revue le 17 octobre. Guérison persiste. Pas de trace de cautérisation. Col de volume normal.

Résumé : Endométrite cervicale chronique après fausse-couche. Traitement par des antiseptiques pendant 4 mois sans résultat. Guérison définitive après deux applications de Filhos en pâte.

OBSERVATION IX

Mme B..., âgée de 49 ans. Ménopause depuis 4 ans. 2 enfants, pas de fausse-couche. Vient consulter le 30 mai 1928 pour des pertes blanches très abondantes qu'elle a depuis 4 ans. Elle est obligée de se garnir tous les jours.

Examen : Utérus en légère antéflexion. Les annexes ne sont pas perceptibles. Col gros, orifice large, rempli de pertes glaireuses.

Le 30 mai 1928 : Première cautérisation à la pâte escharotique du Filhos.

Le 7 juin 1928. Col rouge avec points grisâtres.

La malade avait ressenti le 6 juin des petites douleurs hypogastriques causées vraisemblablement par l'escharre qui se détachait. Les pertes sont beaucoup diminuées. Pansement picriqué.

Le 14 juin 1928. Petite perte. Col rouge. Pansement picriqué.

Le 25 juin 1928. Pas de perte. Col d'aspect normal. Petite application de la pâte escharotique au Filhos, vraisemblablement la dernière.

Le 8 juillet 1928. Guérison.

Le 21 octobre 1928. Guérison persiste. Col en très bon état.

Le 29 novembre 1928. La guérison constatée il y a 5 mois persiste. Orifice du col normal.

Résumé : Endométrite cervicale chez une femme âgée. Pertes très abondantes depuis 4 ans. Guérison avec 2 applications.

OBSERVATION X

Mme M..., 30 ans, mariée depuis 7 ans. Pas d'enfant, pas de fausse-couche. Depuis 8 mois pertes blanches épaisses, accompagnées de douleurs dans le bas-ventre. Règles douloureuses et irrégulières avec 5 à 8 jours de retard.

Traitée pendant 4 mois par ovules, injections vaginales.

Examen : Col très gros, utérus normal. Pas de masse annexielle.

Au spéculum : Orifice large avec érosion rouge autour laissant échapper des glaires épaisses.

Le 19 octobre 1928 : Première cautérisation au Filhos en pâte avec coton monté sur hystéromètre.

Le 25 octobre 1928. 3 jours après la cautérisation, douleur légère, qui persistait 2 heures environ. Depuis 2 jours la malade ne voyait pas de pertes. Escharre visible autour de l'orifice. Pansement picriqué à 8 %.

Le 31 octobre 1928. Très peu de perte. Deuxième application de la pâte au Filhos.

Le 5 novembre 1928. Très peu de perte. Col un peu rouge. En bonne voie de guérison. Pansement picriqué.

Le 24 novembre 1928. Troisième et probablement la dernière cautérisation.

Le 8 décembre 1928. Très bon résultat. Col bien cicatrisé. L'orifice du col ne contient pas de muco-sité. Les pertes qui existent sont d'origine vaginale. Pansement à l'antiphlogistine.

Résumé : Métrite du col résistant au traitement par des ovules et injections vaginales. Le col de l'utérus a été très gros. Après trois applications de la pâte escharotique au Filhos la métrite a été guérie et le col est redevenu normal.

OBSERVATION X

Mme H., 27 ans, mariée depuis 4 ans, 1 enfant, pas de fausse-couche, vient consulter pour douleur dans le bas-ventre et pertes blanches, qu'elle a depuis 4 mois environ. Règles normales. Soignée pour annexite gauche, à Saint-Louis il y a 4 ans.

Examen : gros col métritique avec une petite végétation saignant, et pertes épaisses jaune-verdâtre. Orifice large. Biopsie sur le point suspect pour examen histologique, dont le résultat fut : Adénome du col.

Le 20 octobre 1928. Première application de la pâte escharotique au Filhos.

Le 3 novembre 1928. Col en voie d'amélioration. Pertes blanches en diminution.

Le 17 novembre 1928. Col diminué de volume. Peu de perte, mais petite réaction salpingienne gauche. Pas de Filhos. Pansement picriqué. La malade est envoyée à la diathermie.

Résumé : Métrite adénomateuse avec annexite ancienne. Le jour de la première cautérisation, le repos prescrit n'a pas été observé. Révélation de l'annexite et interruption du traitement.

OBSERVATION XII

Mme G..., 33 ans. Mariée depuis 7 ans. 1 enfant, pas de fausse-couche. Opérée dans le service le 18 août 1928 d'une hystérectomie subtotale pour fibrome. Vient consulter le 15 novembre 1928, pour pertes blanches.

Examen : Métrite du moignon cervical.

Le 15 novembre 1928. Première cautérisation à la pâte escharotique au Filhos.

Le 22 novembre 1928. Très peu de pertes. Moignon cervical en bon état. Deuxième application de la pâte, probablement la dernière.

Revue le 29 novembre. Pas de pertes. Pansement picriqué.

Elle est considérée comme guérie.

Résumé : Métrite du moignon cervical après hystérectomie subtotale. Très améliorée avec une

seule application, guérison après deux applications de la pâte escharotique au Filhos.

OBSERVATION XIII

Mme L., âgée de 24 ans, nullipare, pas de fausse-couche. Vient consulter le 12 novembre 1928, pour pertes blanches et règles douloureuses depuis 15 mois. Traitée en ville en 2 reprises.

Premier traitement par des ovules et crayon intra-utérin pendant 7 semaines. Amélioration au cours de traitement, mais rechute 4 mois après. Nouveau traitement par crayons intra-utérins et pansements ichtyolés pendant 3 mois sans résultat.

Examèn : Utérus normal, pas de réaction annexielle. Pertes blanches épaisses, verdâtres. Recherche des gonocoques positive.

Le 12 novembre 1928. Première cautérisation à la pâte au Filhos.

Le 28 novembre 1928. Pertes en diminution. Escharre visible. Pas de Filhos. Application d'un pansement au Néol.

Le 20 décembre 1928. Deuxième application du Filhos.

Le 10 janvier 1929. Col petit, normal. Rougeur disparue. Quelques glaires vaginales. Considérée comme guérie. Pansement à l'antiptogistine.

Résumé : Endométrite cervicale d'origine gonococcique rebelle aux traitements antiseptiques. Guérison avec 2 applications de la pâte escharotique au Filhos.

OBSERVATION XIV

Mlle G..., 21 ans. 1 enfant, 1 fausse-couche de 3 mois et demi. Vient consulter le 23 octobre 1928, pour pertes blanches et douleurs lombaires. Règles normales. Les pertes blanches datent depuis son âge de 8 ans. Traitée en ville pendant 2 mois par des pansements vaginaux et par 4 applications du Néo-Filhos.

Examen : Utérus mobile, en légère antéflexion, pas de masses annexielles. Pertes verdâtres, très épaisses. Orifice du col assez large. Lèvre antérieure et postérieure très rouges.

Le 23 octobre 1928. Pansement au Néol.

Le 30 octobre 1928. Première application de la pâte escharotique au Filhos.

Le 12 novembre 1928. Pertes persistent. Deuxième cautérisation à la pâte.

Le 29 novembre 1928. Les pertes sont beaucoup plus claires. Pas de Filhos. Pansement au Néol.

Le 6 décembre 1928. Grande amélioration. Col petit en très bon état. Orifice petit. bougie passe. Ecouvillonnage au Néol.

Le 15 décembre 1928. Pertes claires très peu abondantes. Col normal. Petite et dernière application de la pâte escharotique.

Le 8 janvier 1929. Disparition complète des pertes. Orifice normal.

Résumé : Métrite du col très ancienne. Guérison obtenue avec deux applications de la pâte escharotique de Filhos.

CONCLUSIONS

1° Le Filhos reste un excellent procédé de traitement de l'endocervicite chronique ;

2° Pour faciliter l'application du caustique dans l'intérieur de la cavité cervicale, on peut utiliser au lieu de crayon de Néofilhos une pâte caustique, à base de chaux, potasse, excipient alcoolique, que nous avons appelée pâte escharotique de Filhos.

Vu le Doyen : *Vu le Président.*

ROGER

J.-L. FAURE

Vu et permis d'imprimer
Le recteur de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Faure (J.-L.) et Siredey (A.).* — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- Forgue (F.) et Massabuau.* — Gynécologie.
- Siredey (A.).* — Hygiène des maladies de la femme.
- Douay.* — Gynécologie.
- Doleris.* — Métrites et fausses métrites.
- Labadie, Lagrave (F.) et Lequeu.* — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- Dupont.* — Etude anatomique de 2 cols traités au Filhos (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1924, N° 5).
- Journal des Praticiens, mars 1926.
- Joachimovits (Z.).* — Zur Therapie entzündlicher Erkrankungen der Mucosa Corporis und Cervicis (Zentralblatte f. Gynäk, Leipzig, 1922, XLVI).
- Bouilly.* — Endométrite cervicale chronique et son traitement (Semaine Médicale, 22, II, 1893).
- Guillemin.* — Traitement des métrites cervicales par cautérisation au caustique de Filhos (Thèse de Paris, 1920).
- G. Richelot.* — Chirurgie de l'utérus. 1902.
- Cordier.* — Contribution à l'étude du traitement de la métrite cervicale inflammatoire chronique par le caustique de Filhos (Thèse de Paris, 1925).
- Danidian.* — La cryothérapie dans les métrites (Thèse de Paris, 1925).
- Siredey et Bizart.* — Recherches sur la leucorrhée (La Gynécologie et Ostétrie, t. XIII, N° 4, 1926).
- Hartmann.* — Gynécologie opératoire.
- Muffat.* — Traitement des métrites par les sels de terres rares (Thorium et Néodyme) (Thèse de Paris, 1927).
- Pozzi (S.).* — Traité de gynécologie clinique et opératoire.

Friedmann. — Contribution à l'étude de la médication radioactive des métrites (Thèse de Paris, 1927).

Journal des Praticiens, juin 1900.

Guéniot. — Thérapeutique gynécologique, 1922.

Laviale. — Traitement local des métrites par le mercure-rythosine (Thèse de Paris, 1926).

Basset et Poincloux. — Traitement des métrites par injections intra et sous-muqueuses de vaccin (Gynécologie et Obstétrique, Paris, oct. 1928).

Pozzi. — Etiologie et pathogénie des métrites (Mercredi Médical, 9 avril 1890).

Pozzi. — Des métrites (Médecine Moderne, 14 avril 1890).

Siredey et Bizart. — Recherches sur la leucorrhée (La Gynécologie, 1905).

Fabre (M.). — Le traitement de la métrite chronique du col de l'utérus par le caustique de Filhos (Journal de Médecine, 25 août 1922).
